



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Community Memorial Health System
147 North Brent Street
Ventura, CA 93003

Para mag-aplay ng personal:
5855 Olivas Park Drive
Ventura, Ca 93003

KAHILINGAN SA TULONG NA PINANSIYAL APLIKASYON PARA SA WALANG-BAYAD NA KAWANG-GAWANG PANGANGALAGA

Pangalan ng Pasyente _____

Account Number(s) ng Pasyente _____

Pangalan ng Garantor _____

Araw ng Kapanganakan: _____ SS# _____ - _____ - _____

Telepono () _____

Adres _____

Syudad, Estado, Zip _____

Pangalan ng Asawa _____ SS# _____ - _____ - _____

Ikaw ba ay mamayan ng US? ___ Oo ___ Hindi

Kung hindi, dayuhang residente? ___ Oo ___ Hindi

Kung hindi, dayuhang di-residente? ___ Oo ___ Hindi

KATAYUAN SA PAMILYA: Isulat ang lahat ng mga umaasa sa iyong suporta

Pangalan	Idad	Kaugnayan
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PAMAMASUKAN AT TRABAHO:

Employer _____ Posisyon: _____

Kung may sariling negosyo, pangalan ng negosyo _____

Adres ng Trabaho _____

Telepono _____ Gaano katagal sa trabaho _____

Employer ng asawa: _____ Posisyon: _____

Kung may sariling negosyo, pangalan ng negosyo _____

Ulat ng Kasalukuyang Kita at mga Bayarin

Kasalukuyang Buwanang Kita	Pasyente	Asawa
Kabuoang Kita	\$ _____	\$ _____
Kita mula sa negosyo (kung empleado ng sarili)	\$ _____	\$ _____
Tubo at mga Dibidendo	\$ _____	\$ _____
Kita mula sa real estate or personal na ari-arian	\$ _____	\$ _____
Kita mula sa Social Security/Retirement	\$ _____	\$ _____
Alimonya, mga bayad sa suporta	\$ _____	\$ _____
Kompensasyon mula sa Unemployment	\$ _____	\$ _____
Iba pang kita	\$ _____	\$ _____
Kabuoan ng Buwanang Kita	\$ _____	\$ _____

Kasalukuyang Buwanang mga Bayarin:

Upa sa renta o bayad sa bahay	\$ _____	\$ _____
Buwis para sa Real Estate	\$ _____	\$ _____
Tubig, kuryente at iba pang utilities	\$ _____	\$ _____
Alimonya, mga bayad sa suporta	\$ _____	\$ _____
Edukasyon	\$ _____	\$ _____
Pagkain	\$ _____	\$ _____
Mga binawas sa payroll	\$ _____	\$ _____
Gastos sa pagpapagamot, dentista at mga medisina	\$ _____	\$ _____
Iba pa _____	\$ _____	\$ _____
Kabuoan ng Buwanang Gastusin	\$ _____	\$ _____
Buwanang Netong Kita Matapos Ibawas ang mga Bayarin	\$ _____	\$ _____

Sa pamamagitan ng pagpirma sa kahilingang ito, pumapayag ako at nagpapahintulot sa Community Memorial Health System na kontakin ang aking empleyado, bangko at iba pang pinagkukunan, at humiling ng isang credit history para malaman ang pagiging karapat ko para sa Kawang-gawang Pangangalaga o Charity Care. Nauunawaan ko na hindi ako kwalipikado sa mga serbisyo sa ilalim ng Kawang-gawang Pangangalaga, na ako ay personal na mananagot sa mga bayarin ng mga serbisyong ibinigay. Sumusumpa ako na ang mga impormasyong ibinigay sa kahilingang ito ay tunay at tumpak. Kung mapatunayang anuman sa mga impormasyong ibinigay dito ay hindi totoo o mapanlinlang, nauunawaan ko na ang pagiging karapat-dapat sa Kawang-gawang Pangangalaga ay pawawalang bisa.

Nauunawaan ko rin na ang kahilingang ito ay para lamang sa mga bayarin sa Community Memorial Health Systems. Lahat ng iba pang bayarin para sa mga manggagamot, propesyonal sa radiologo, propesyonal sa silid pang-emerhensiya ng Ojai, ambulansiya, mga serbisyo para sa anesthesiologo o manggagamot na patologo ay hiwalay na mga bayarin mula sa Community Memorial Health Systems at hindi sakop ng kahilingang ito.

(Pirma ng Pasyente o Garantor)

(Petsa)

(Pirma ng Kasamang-Aplikante)

(Petsa)



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

Para mag-aplay ng personal bumisita sa:

5855 Olivas Park Drive
Ventura, CA 93003
Mga Oras ng Negosyo
Lunes. – Biyernes. 8:00 nu – 4:00 nh

KAHILINGAN SA TULONG NA PINANSIYAL MGA INSTRUKSIYON PARA SA KAHILINGAN SA WALANG-BAYAD NA KAWANG- GAWANG PANGANGALAGA

Petsa: _____

Pangalan ng Pasyente _____

Account Number(s) ng Pasyente: _____

Kabuoan ng Balansiyang Isinasaalang-alang: \$ _____

Bilang tugon sa inyong kahilingan para sa tulong na pinansiyal tungkol sa nakatala sa itaas na account number(s), pakisuyong isumite ang sumusunod na mga dokumentasyon ng hindi hihigit sa sampung (10) mga araw pasimula sa petsa ng sulat na ito.

Mahalaga na kompletuhin ang aplikasyon, at ibigay ang lahat ng kahilingang impormasyon upang mahusay na matantiya ang inyong kakayahang magbayad ng lahat o ng bahagi ng bayarin ng ospital.

- (1) Pormal na pagtanggap o pagtanggap ng Medi-Cal
- (2) Lubusang kumpletong kahilingan sa kawang-gawa (kakabit ng sulat na ito)
- (3) Mga kopya ng inyong kasalukuyang payroll check stub para sa huling tatlong mga buwan. Pansinin na kasama rin dito ang pampublikong tulong (halimbawa Social Security, Unemployment, or Disability). Kung tumatanggap kayo ng kita

sa anyong cash, pakisuyong magbigay ng isang kasulatan na nagpapahayag ng inyong kita mula sa inyong empleyado.

Kung sa kasalukuyan ay hindi kayo tumatanggap ng anumang kita, pakisuyong sumulat ng isang maikling parapo mula sa isang hiwalay na papel na nagpapahayag ng inyong kasalukuyang sitwasyong pinansiyal. Siguraduhing kasama rito ang petsa at pirma. Kung kayo ay tumatanggap ng tulong sa pinansiyal o nakikisilong sa bahay ng iba, pakisuyong pasulatin siya ng isang liham na nagpapaliwanag ng sitwasyong ito.

(4) Katibayan ng renta o mortgage.

(5) Kopya ng inyong tatlong (3) pinakahuling bank statements (savings, checking, IRAs, money market accounts, at iba pa...)

(6) Kopya ng inyong nakaraang taong tax return (kinumpleto at pinirmahang 1040)

Pakisuyong magpadala ng mga kopya ng mga ito dahil hindi ibabalik ang mga ito sa inyo.

Kung kayo ay may mga tanong, pakisuyong tawagan ako ng direkta sa (805) 652-5676 _____ para matulungan.

____BECKY_____

Kinatawan ng Ulat ng Pasyente
Community Memorial Health System